

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

543

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BÉNEYTOUT

Né le 4 décembre 1907, à Saint-Julien-Puy-Lavèze (Puy-de-Dôme)

Moniteur de clinique obstétricale

PRONOSTIC

DE

L'INSERTION VICIEUSE
DU PLACENTA

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BÉNEYTOUT

Né le 4 décembre 1907, à Saint-Julien-Puy-Lavèze (Puy-de-Dôme)

Moniteur de clinique obstétricale

PRONOSTIC

DE

L'INSERTION VICIEUSE
DU PLACENTA

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHÉRY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N... ..	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MERE

*Auxquels je veux témoigner ici toute
mon affection et la reconnaissance que
je leur dois.*

MEIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RAYMOND SOREL

*Pour le remercier de ses bons conseils
et de ses affectueux encouragements
pendant mes premières années d'étu-
diant.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR C. JEANNIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris

Accoucheur de la Pitié

*En témoignage du grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant de présider
cette thèse. Qu'il trouve ici l'hommage
de ma très profonde admiration et de
ma sincère reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOULOUSE

1928. M. LE PROFESSEUR DALOUS

M. LE DOCTEUR BAUDET

1929. M. LE PROFESSEUR MAUREL

M. LE PROFESSEUR MERIEL

1930. M. LE PROFESSEUR MARTIN

M. LE PROFESSEUR BAYLAC

M. LE PROFESSEUR CAUBET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES

PRONOSTIC DE L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

INTRODUCTION

Jusqu'à ces dernières années, seul le pronostic maternel intéressait l'accoucheur. Il semblait que, trop compromis par les accidents de l'insertion vicieuse du placenta, le pronostic de l'enfant fut négligeable.

Actuellement le pronostic maternel, aussi bien que le pronostic fœtal, transformés par l'orientation chirurgicale de l'obstétrique et la pratique récente de la transfusion, nous permettent les plus beaux espoirs, encore que l'on ne puisse jamais, ni aujourd'hui, ni demain, songer à modifier en quoi que ce soit l'anomalie de l'insertion vicieuse du placenta, puisque ces accidents sont liés à la nécessité inéluctable de la formation du segment inférieur.

Nous étudierons quelques observations typiques de placenta prævia, recueillies dans le service de M. le Professeur Jeannin à la Pitié, et nous les comparerons avec celles des auteurs contemporains.

Nous essaierons de montrer :

- 1^o La gravité du placenta prævia ;
 - 2^o Pourquoi il est difficile, sinon impossible de prévoir les accidents comme de modifier le mécanisme même du placenta prævia ;
 - 3^o Comment ces accidents survenus, on peut aujourd'hui améliorer leur pronostic.
-

HISTORIQUE

Les accidents d'hémorragie de l'accouchement ont de tout temps préoccupé les médecins. Et, si dans l'Antiquité on considérait le pronostic maternel comme très grave, on n'était pas loin avec Hippocrate de croire que presque toujours il s'en suivait la mort du fœtus.

Au ^{xvi}^e siècle, Ambroise Paré disait déjà que pour diminuer les accidents de l'hémorragie, il fallait hâter l'accouchement. Un peu plus tard, Mauriceau pratiqua la rupture des membranes. Mais il faut arriver à Portal pour avoir la première observation de placenta prævia.

OBSERVATION DE PORTAL

Si la perte de sang est si grande que la vie soit en danger, en ce cas que la grossesse soit avancée et qu'il y ait de la disposition au travail, ce que l'on connaîtra par les signes rapportés ci-devant, il faut s'appliquer à l'accou-

chement qui est l'unique remède pour sauver la mère et l'enfant.

.

Si cet orifice se trouve mollet et délié on peut travailler, mais s'il en est autrement il ne faut pas faire l'opération, car si cet orifice est épais, il se faut donner garde de toucher à la matrice, que lorsqu'il se relâchera et s'amollira, ce qui se reconnaîtra en introduisant un doigt, à la faveur de celui-là un second, puis un troisième, et en les écartant tous trois l'un de l'autre on formera une espèce de *speculum matricis*, et par ce moyen on ouvrira peu à peu l'orifice et on coulera avec douceur dans la matrice tout le corps de la main, laquelle étant ainsi introduite, on sentira les membranes qui enveloppent l'enfant, lesquelles il faudra percer avec l'extrémité des doigts, cela se fait sans peine.

Dans cette observation célèbre, Portal indique déjà :

- 1^o Qu'il faut se préoccuper de sauver la vie de l'enfant aussi bien que celle de la mère ;
- 2^o Qu'il ne faut pas forcer brutalement l'utérus.

A son tour il parle de la valeur thérapeutique de la rupture des membranes.

Plus tard, en 1825, Barnes étudie la physiologie du segment inférieur, indique le mécanisme du décollement du placenta prævia et préconise le balon. De son côté Braxton-Hicks, décrit la méthode qui porte son nom ; tandis qu'en France Tarnier, préoccupé de l'infection, pratique le tamponnement antiseptique.

Enfin avec l'ère de l'asepsie apparaissent les méthodes chirurgicales proprement dites ; d'où la possibilité d'améliorer le pronostic maternel dans de grandes proportions et de pouvoir, pour la première fois, influencer heureusement sur celui de l'enfant.

LES ACCIDENTS

I. — ACCIDENTS IMMÉDIATS

A. — Maternels.

Tout l'intérêt de l'insertion vicieuse du placenta naît de ces accidents. Et nous pourrions dire qu'ils en sont plutôt les signes que les complications.

L'accident le plus crucial est l'hémorragie qui fut longtemps la seule manifestation du placenta cliniquement reconnue. C'est en effet l'élément essentiel de presque toutes les observations de placenta prævia.

Mauriceau parlant de l'hémorragie du placenta prævia dit dans une observation restée célèbre : « L'encre qui me sert à en écrire le récit me semble être du sang ».

OBSERVATION 1.

Mme M... Anne-Marie, primipare de 22 ans, est admise à la salle de travail le 21 octobre, à 10 h. 30.

Dernières règles, le 17 février. La grossesse a évolué normalement. Rien à noter dans les antécédents.

Depuis quelques heures la femme dit avoir perdu du sang assez abondamment. Mais à son entrée l'état général semble excellent, le pouls est bien frappé. A l'examen on trouve une grossesse de 8 mois 1/2 environ. La tête est en bas, très mobile, l'auscultation positive.

Au toucher la dilatation est aux environs d'une petite paume de main et le doigt partout ne trouve que du placenta. On ne sent aucune présentation.

On pose le diagnostic de placenta central et on décide d'intervenir. Pendant les préparatifs la femme saigne d'une façon sinon abondante, du moins continue. Elle pâlit, accuse des frissons et des vertiges. On la trouve couverte de sueurs froides, le pouls est imperceptible, les bruits du cœur difficiles à percevoir. On intervient immédiatement.

Césarienne supra-symphysaire. Placenta, nettement central. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.300 gr. Placenta 430 gr.

Les suites de couches sont normales.

L'enfant augmente de poids régulièrement.

Dans d'autres cas l'hémorragie apparaît dès le début de la formation du segment inférieur.

OBSERVATION 2.

Mme B... Lucie, quartipare de 33 ans, est admise le 9 avril 1929 pour pertes sanguines. Sur les 3 grossesses antérieures il ne lui reste qu'un enfant vivant.

Dernières règles, le 18 novembre.

A plusieurs reprises, du 9 avril au 26 mai, la femme présente de nouvelles hémorragies, les unes légères, les

autres abondantes. A cette date l'hémorragie devient si importante qu'elle commande de toute urgence l'intervention.

On fait d'abord une césarienne supra-symphysaire. Mais la femme continue à saigner. Elle se shocke malgré le sérum intraveineux et la transfusion.

On décide alors de lui faire une hystérectomie subtotale.

Suites normales.

Accident redoutable par son hémorragie, le placenta prævia n'est pas une complication fréquente.

A la Maternité de la Pitié, en 5 ans, on a relevé 75 cas d'hémorragies graves sur plus de 20.000 accouchements.

Maggrier en trouve 1 p. 1000 en ville et 1 p. 250 à l'hôpital.

Boyer qui étudie la statistique de la Maternité de Port-Royal, dit sur 35.590 accouchements n'avoir trouvé que 140 cas d'hémorragies.

Le pronostic des hémorragies du placenta prævia sera toujours réservé, cependant quelques éléments nous permettront parfois de le juger d'avance ; ce seront, suivant les conseils de Turenne pour apprécier l'importance des hémorragies minimales :

- 1^o De se méfier de la réaction psychique de la malade ;
- 2^o De se méfier d'une bradycardie relative (80 à 90) ;
- 3^o D'analyser le sang ;
- 4^o Prendre la tension artérielle.

D'autre part, dans le post-partum, le pronostic restera encore sévère à cause de l'anémie possible due aux bactéries hémolytiques.

Après l'hémorragie, parmi les accidents maternels immédiats, le plus saillant est *le shock*.

OBSERVATION 3.

Mme D... Geneviève, secondipare de 25 ans.

Un accouchement artificiel en 1925, enfant mort-né, deux avortements en 1927 et 1928, dont un provoqué au terme de 4 mois pour hémorragie.

Grossesse actuelle : dernières règles, le 17 août.

Une première hémorragie apparaît brusquement le 14 mai 1929. Elle est hospitalisée et saigne encore presque 48 heures d'une façon presque continue.

Le 18 mai, une nouvelle hémorragie très abondante oblige à intervenir. La femme est à terme, l'enfant est vivant, la dilatation à 1 franc permet de sentir un placenta central. On fait une césarienne supra-symphysaire.

Enfant vivant pesant 2.980 gr.

Placenta : 510 gr.

La femme ne saigne plus, mais se choque. On fait du sérum intraveineux, une transfusion.

Elle meurt 25 minutes après l'intervention.

Enfant décédé au 11^e jour.

Bien que la gravité de l'hémorragie et du shock soient généralement parallèles, nous voyons ici que le shock peut à lui seul tuer la femme.

Autre accident, *la rupture prématurée des membranes* est une complication très fréquente. Pinard

dit en avoir trouvé 105 cas sur 147 insertions vicieuses du placenta.

Nous devons encore au placenta prævia de nombreuses *présentations vicieuses*.

OBSERVATION 4.

Mme G... Joséphine, tertipare de 30 ans, est admise à la salle de travail le 9 avril 1930 pour hémorragie.

Première grossesse en 1923 ; accouchement normal, fille pesant 2.200 grammes.

Deuxième grossesse en 1926 ; fille pesant 3.700 grammes.

Grossesse actuelle : dernières règles en août.

Un mois avant son entrée la femme a eu quelques pertes sanguines mais insignifiantes.

Aux premières contractions l'hémorragie reprend et à son arrivée à la Pitié la femme présente une hémorragie très importante nécessitant la mise en position déclive. On fait 500 cmc. de sérum sous-cutané.

Le pouls est à 140.

A l'examen : grossesse de 7 mois environ, présentation transversale.

Pas d'auscultation.

Au toucher on ne sent pas de présentation. Le col est perméable. Ce toucher ramène des caillots et provoque une hémorragie assez importante.

Deux heures après la femme saigne toujours. La dilatation est à 2 francs avec un col long. A travers le segment inférieur et par l'orifice du col on sent une masse paraissant être le placenta.

Rupture artificielle des membranes qu'on atteint en haut et à droite.

Manceuvres de Braxton Hicks.

Le tronc est difficile à extraire : éviscération.

Basiotrypsie sur tête dernière.

Extraction d'un enfant pesant 1.840 gr., sans viscère ni matière cérébrale.

Délivrance immédiate 450 gr.

Pendant l'intervention 500 cmc. de sérum intraveineux.

Adrénaline. Huile camphrée.

Suites de couches apyrétiques.

Dans ces cas, au traitement du placenta prævia proprement dit, viendra s'ajouter la thérapeutique d'une dystocie fœtale.

Enfin, au cours des accouchements qui ont trainé, la recherche de la glycémie et de la réserve alcaline montreront souvent de l'*acidose*.

B. — Foetaux.

Si l'hémorragie est un accident très grave pour la mère, l'*asphyxie* pour le fœtus est d'un pronostic plus défavorable encore. Elle est due le plus souvent au décollement du placenta.

OBSERVATION 5.

Mme Le D..., Louise, II-pare de 22 ans. Une grossesse normale en 1930. Grossesse actuelle : dernières règles fin septembre. Est admise le 5 mai 1931 pour hémorragie.

La présentation est mobile, l'auscultation positive.

A travers le col perméable on sent des cotylédons.

Le lendemain il se produit une nouvelle hémorragie très abondante. Le poulx est petit et filant.

On pose un ballon de Champetier de 220 cmc.

Dans l'après-midi expulsion du ballon. Quelques instants après on voit apparaître à la vulve des cotylédons presque immédiatement suivis de la présentation d'un siège décomplété.

Expulsion d'un fœtus mort-né pesant 1.590 gr.

Placenta 320 gr.

Révision utérine.

Suites normales.

Sa fréquence est pour Desnoyers de plus de 50 % des cas. D'autres fois l'asphyxie a pour cause la rupture des vaisseaux, d'un cordon velamenteux, intéressés par la sortie du fœtus.

Certaines affections qui contribuent à la formation du placenta prævia peuvent aussi altérer la structure même de celui-ci et causer la mort de l'enfant. Tels : les fœtus morts et macérés.

II. — ACCIDENTS SECONDAIRES

Dans toute hémorragie on doit craindre *l'infection*, plus encore dans le placenta prævia où les pertes de sang sont parfois très abondantes et le voisinage hyperseptique.

OBSERVATION 6.

Mme F..., IV-pare de 42 ans, est admise à la salle de travail le 2 novembre 1930 pour hémorragie.

Trois accouchements à terme. Un enfant mort de convul-

sions. Deux accouchements prématurés au terme de six mois.

Grossesse actuelle, dernières règles le 11 avril.

A l'examen, la femme présente un mauvais état général : elle est très pâle (elle a été soignée antérieurement pour aortite).

Elle dit avoir eu des hémorragies dès le 5^e mois de sa grossesse, puis, brusquement dans la nuit du 1^{er} au 2 novembre, une perte très abondante qui nécessite son admission dans le service.

Dans la journée du 2 novembre elle ne perd plus, puis à 19 heures elle fait une hémorragie très abondante, suivie de shocks. On lui fait alors 10 cmc. d'huile éthérée camphrée, 500 cmc. de sérum de Normet intraveineux.

A l'examen on trouve une grossesse de six mois environ, une tête en bas, mobile. Pas d'auscultation. Le col est perméable, laissant pénétrer deux doigts. On reconnaît ainsi un placenta prævia centro-partiel.

La femme continuant à perdre on décide d'intervenir.

Température 38°5.

Manœuvre de Simpson. Extraction par morcellement d'un fœtus pesant 900 gr. Placenta 290 gr.

Révision utérine et tamponnement intra-utérin car la femme continue à saigner. Ergotine, hypophyse, 500 cmc. de sérum, huile camphrée, transfusion 400 gr.

Dans les jours qui suivent la femme fait une température qui oscille entre 39° et 40°. Un grand frisson le 8^e jour avec 40° à 41°. Meurt chez elle quelques jours après.

Ainsi, hémorragie et infections se partagent le mauvais pronostic de l'insertion vicieuse du placenta. Pinard, sur 10 morts compte 6 hémorragies et 4 in-

fections. Bar sur 14 morts : 4 hémorragies et 10 infections. Desnoyers les juge à parties égales.

L'enfant qui a échappé aux accidents immédiats du placenta prævia peut voir son pronostic s'assombrir dans les jours qui suivent sa naissance. Ayant souffert pendant sa vie intra-utérine, d'autre part, né avant terme, cet enfant sera un *prématuré*. Son défaut de développement lui permettra difficilement de s'adapter à la vie.

OBSERVATION 7.

Mme D... Thérèse, II-pare de 24 ans,

Une grossesse normale en 1928.

Grossesse actuelle, dernières règles le 22 octobre ; est admise le 5 juin 1929 pour pertes sanguines apparues à quatre reprises successives depuis le 17 mai.

Le 13 juin, après une nouvelle hémorragie très abondante les contractions utérines apparaissent.

La dilatation est de 2 francs et on sent partout le placenta. La tête est haute et mobile. L'auscultation positive, mais la grossesse est à peine de 7 mois $1/2$.

Une nouvelle hémorragie apparaissant on décide d'intervenir et on fait une césarienne vaginale.

Extraction après version d'une fille ayant fait quelques inspirations et pesant 1.690 gr.

Délivrance artificielle immédiate.

Révision utérine.

Sérum intra-veineux et sous cutané.

Suites normales.

La fréquence des prématurés paraît atteindre 40 % des placentas prævia.

Pour rendre plus scientifique le pronostic des prématurés, Claudio Guillard de Andrade propose de faire le diagnostic des débiles d'avec les faux débiles par l'étude de leur métabolisme basal. Il estime par exemple qu'un enfant qui pèse 500 gr. à la naissance et un mois après 1.650 gr. se développe bien.

III. — ACCIDENTS TARDIFS

Plus tard, chez la mère, on pourra avoir à lutter contre une anémie rebelle, comme aussi à essayer de faire disparaître les causes qui ont déjà provoqué un premier placenta prævia.

De son côté le prématuré, resté un débile, demeurera l'objet d'une surveillance médicale constante.

La Mortalité.

De l'étude de l'ensemble de ces accidents il ressort une mortalité évaluée différemment selon les auteurs.

Autrefois :

La statistique de Depaul portait à 33 % la mortalité maternelle.

Celle de Nægelé : 21 %.

Celle de Simpson : 33 %.

Actuellement :

Avec Desoubry :

On a des mères mortes :

20 % en ville ;

6 à 8 % à l'hôpital.

Des enfants morts 35 à 45 %.

Pour Maygrier il y aurait :

De 6 à 33 % de mères mortes ;
et 95 % d'enfants morts.

Boyer trouve :

7 mères décédées sur 140, soit 5 % ;
et 75 enfants sur 142, soit 52,8 % ;

Conrad étudie 21.000 accouchements dont :

203 placentas prævia ayant donné :

203 enfants dont 113 morts-nés, soit 53 % ;
et 203 mères dont 18 mortes, soit 8,8 %.

Sur ces 18 décès :

10 sont dus à l'anémie,

3 sont dus à la péritonite,

3 sont dus à la septicémie,

2 sont dus à l'embolie.

Turenne sur 26 accouchements trouve :

74 placentas prævia avec

3 femmes mortes, soit 4,1 %

et 48 enfants morts, soit 62,1 %.

Jolkrin dit que la vie est impossible pour le fœtus
et évalue à :

43 % la mortalité maternelle, dont :

32 % pour hémorragie
et 11 % par infection.

En résumé le pronostic des accidents du placenta prævia est assez sombre. Mais si nous considérons maintenant la totalité des cas anatomiquement prævia, souvent découverts, seulement après la délivrance, nous voyons que relativement peu ont entraîné des complications. Pinard évalue ces cas latents à :

28 % et Maygrier à 57 %.

COMMENT LES PRÉVOIR

1^o PAR L'ÉTUDE DU MÉCANISME

Pour accroître au maximum sa contenance et permettre le travail, l'utérus développe son segment inférieur. C'est cette formation nécessaire du segment inférieur qui conditionne toute la mécanique du placenta prævia.

« Il y a, dit le professeur C. Jeannin, clivage entre, d'une part, le gâteau placentaire et d'autre part les tissus sous-jacents représentés par le segment inférieur en train de se déplisser et de se déformer, qu'en plus de cela l'enfant tireille sur les membranes. Qu'en plus, chaque contraction utérine apporte son élément spécial. »

Ces phénomènes ont lieu surtout dans les derniers mois de la grossesse et pendant le travail.

L'âge de la gestation nous permet donc de considérer une période de début où les accidents de l'insertion vicieuse donneront lieu à des avortements, et une période plus tardive, proche du terme, où nous aurons vraiment les signes du placenta prævia.

Mais nous ne parlons ici des avortements que pour les éliminer en disant avec Rheuter et Pigeaud que 15 % des avortements spontanés entre 4 et 5 mois sont dus à l'insertion vicieuse du placenta. En effet, pour ces auteurs, un œuf du volume de 180 à 900 gr. doit avoir un placenta nettement différencié et plus ou moins pilaire pour que son insertion anormale soit susceptible de provoquer des accidents.

2^e PAR LA RECHERCHE DE LA CAUSE

Trois facteurs interviennent dans l'étiologie du placenta prævia :

A. — La parité : semble prédominante.

OBSERVATION 8.

Mme C... Alphonsine, IX-pare de 35 ans, est admise à la salle de travail le 9 janvier 1930, à 22 heures.

Elle a 7 enfants vivants, 5 nés à terme, 2 prématurément aux 7^e et 8^e mois. A sa huitième grossesse, elle a présenté une hémorragie avant l'accouchement qui se fit au 8^e mois d'un enfant mort et macéré.

Grossesse actuelle : dernières règles le 16 mai.

Depuis le mois de novembre la malade a présenté à trois reprises des hémorragies qui ont cédé au repos et qui sans être abondantes ont fatigué et anémié la femme.

Le 9 janvier, l'hémorragie reprend avec une extrême abondance. La femme est amenée d'urgence, pâle et déco-

lorée. Le pouls est imperceptible. L'examen pratiqué rapidement, car la femme saigne à flot, montre qu'il s'agit d'un placenta central. L'intervention est décidée et on hésite d'autant moins à faire une hystérectomie que la femme a 35 ans et qu'elle a 7 enfants vivants.

Extraction d'un enfant vivant pesant 2.260 gr.

Transfusion de 400 gr.

La femme sort bien portante au 23^e jour.

Les auteurs actuels avec Desnoyers n'admettent pas plus de 16 % de placentas prævia chez les primipares.

Desoubry compte sur 60 placentas prævia :

15 primipares,

45 multipares.

Boyer sur 140 :

41 primipares ;

99 multipares.

B. — L'endométrite : son rôle est banal.

Salaroli parle d'un cas où l'on trouve un col rigide avec de nombreuses cicatrices, des hémorragies graves et de l'endométrite. Hofmeyer explique le placenta prævia par le glissement dû à l'absence de villosités « *OEuf qui a glissé de C. Ruge* ».

Tandis qu'Halfeld objecte que ce glissement pourrait donner tout au plus un pseudo-placenta prævia.

La caduque réfléchie ne serait qu'appliquée sur l'orifice interne sans jamais être reliée au plan sous-jacent par des vaisseaux. En réalité l'orifice interne

est une fente capillaire, non un trou, qui n'empêche pas l'insertion placentaire.

Reynolds, admet une théorie différente : l'œuf est implanté comme normalement sur le segment supérieur, mais les villosités de la capsule déciduale prolifèrent au lieu de subir l'atrophie et envahissent la déciduale vraie du segment inférieur après que le contact s'est produit par la croissance de l'œuf.

Keller y voit une analogie avec le placenta des carnivores qui se développe d'emblée dans les parties basses.

Aux accidents de l'insertion vicieuse du placenta, l'endométrite peut ajouter une complication bien particulière : l'adhérence anormale du placenta au moment de la délivrance.

OBSERVATION 9.

Mme T..., primipare de 25 ans, est admise le 28 février 1927 pour hémorragies.

Dans les antécédents on note deux avortements : l'un de 6 semaines, l'autre de 3 mois.

Grossesse actuelle : la femme a toujours été réglée et brusquement a présenté une grosse hémorragie le 28 février.

A l'examen : l'état de la femme n'est pas alarmant. La grossesse paraît à terme, l'utérus est tendu ce qui rend le palper difficile.

Au toucher le col est largement perméable et on ne sent pas du tout de membrane, il semble qu'on trouve

partout du placenta. Il s'agit vraisemblablement d'une insertion centrale.

Quelques instants après, la femme fait une forte hémorragie, le sang coule à flots : sang liquide, rouge, sans caillot. La malade devient subitement très mal. Le facies est décoloré et froid, le pouls, d'abord misérable et petit, devient rapidement imperceptible.

La femme est transportée d'urgence à la salle d'opération où on lui fait une césarienne.

Extraction de deux fœtus du sexe masculin pesant 400 et 410 gr.

La délivrance par suite de très fortes adhérences ne peut être décollée. Le segment inférieur saigne abondamment. On fait alors une hystérectomie subtotala et on retire la cupule de placenta insérée sur le col. La femme est très mal. Pendant l'intervention on lui fait 2 litres de sérum intraveineux.

Après l'opération, l'état de la femme étant toujours alarmant on lui fait une transfusion de 400 gr.

Elle sort le 20 avril en bon état.

C. — La malformation utérine. — Plus rarement les malformations utérines peuvent provoquer un placenta prævia.

Ingleby décrit un utérus dont la trompe s'abouche au niveau de la région isthmique.

Outre ces trois causes primordiales nous pourrions encore trouver des placentas prævia après :

- 1) Des avortements ;
- 2) Des suites de couche fébriles ;
- 3) Des inflammations ;

- 4) Des avortements criminels. Ludvig-Kraul a trouvé 32 de ces antécédents sur 100 cas de placenta prævia.

3° PAR LE SIÈGE ET LA FORME DU PLACENTA PRÆVIA

Ces diverses causes concourent à créer deux sortes de placentas prævia : des centraux et des latéraux avec tous les intermédiaires.

OBSERVATION 10.

Mme T... Raymonde, secondipare de 19 ans, est admise à la salle de travail le 2 mai 1930 pour hémorragie.

Une grossesse normale en 1928.

Grossesse actuelle : dernières règles le 16 septembre.

Elle a présenté des pertes sanguines légères mais continues depuis la fin du mois de mars.

A l'examen : utérus de 7 mois $1/2$ environ, auscultation négative. Le toucher permet de reconnaître une dilatation de 2 francs environ et ramène une grosse quantité de caillots.

On met la femme en déclive. Sérum physiologique. Sérum de Normet intraveineux.

L'hémorragie continue.

4 heures après : dilatation complète. Version podalique. Extraction d'un enfant mort et macéré pesant 2.560 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta chair à saucisse inséré latéralement.

La femme fait de l'inertie utérine et continue à saigner.

Ergotine, sérum de Normet, ouabaïne, massage de l'utérus, tamponnement intra-utérin.

La femme meurt 2 h. 1/2 après l'intervention.

OBSERVATION 11.

Mme N..., VI-pare de 36 ans, entre le 6 février 1931 pour hémorragie.

Dernières règles le 28 juillet.

La grossesse a jusque-là été normale et la femme n'a commencé à saigner qu'au début du travail.

A l'examen : grossesse de 6 mois 1/2 environ ; tête en bas très mobile. Auscultation négative.

Au toucher, dilatation : petite paume, on sent partout du placenta.

La femme saigne abondamment. On décolle le placenta et on extrait après version un fœtus mort pesant 1.110 gr.

Suites de couches normales.

Les auteurs se sont longuement entretenus sur les proportions de placentas centraux et latéraux.

Desnoyer donne :

30 % de centraux ;

70 % de latéraux.

Conrad, à la clinique Stœkel de Berlin, sur 21.000 accouchements et 203 placentas prævia en trouve :

119 latéraux, soit 58,6 % ;

84 centraux, soit 41,3 %.

Peralta Ramos et Julio Bazane (Buenos-Aires), sur 8.834 accouchements, 104 placentas prævia dont :

25 centraux ;

79 latéraux.

Ludwig-Kraul trouve :

17 % centraux ;

83 % latéraux.

Chaque placenta prævia pouvant revêtir en outre une forme irrégulière, festonnée, qui prédisposera davantage aux accidents de décollement du placenta et à la situation anormale du cordon.

4^o PAR LES SIGNES

Le diagnostic du placenta prævia étant essentiellement rétrospectif, la pièce en main, nous ferons cependant un pronostic réservé quand dans la période diagnostique d'un accouchement nous pourrions déceler certains signes de probabilité.

Bien souvent (28 % pour Pinard et 57 % pour Maygrier) nous aurons un placenta absolument latent, c'est-à-dire dont le diagnostic ne se fera après la délivrance que par la mesure du petit côté des membranes qui aura moins de 10 cm. de haut. Aussi est-il intéressant de connaître sur quels signes se baser pour craindre un placenta prævia dans les cas douteux.

Raynolds donne comme signes du placenta prævia :

A. — Avant l'hémorragie.

a) *A l'examen de l'abdomen :*

1. La position anormale du fœtus ;
2. Un souffle cardiaque anormal dans la région pubienne.

b) *A l'examen vaginal :*

1. La difficulté de trouver une présentation qui varie elle-même d'un toucher à un autre, ou même que l'on peut ne pas trouver du tout ;
2. Difficulté de faire descendre la présentation dans le pelvis malgré des mesures pelvimétriques normales et le fait que le promontoire et le sacrum ne peuvent être touchés ;
3. Le toucher d'une masse spongieuse emplissant tout ou partie des culs-de-sac.

Cela une fois de plus établi, il n'est pas invraisemblable de le confondre avec une présentation... ou une mole ; dans les deux cas on a d'autres signes.

B. — Après l'hémorragie.

On distinguera l'hémorragie du placenta prævia de l'hémorragie accidentelle.

*Hémorragies
du placenta prævia.*

Pas de douleur.
Utérus souple, sauf pendant les contractions.
Utérus non sensible à la palpation.
Hémorragies intermittentes.
Pas de présentation ou présentation imparfaitement sentie.
Placenta senti par le vagin.
Présentations vicieuses ordinairement.
Association exceptionnelle de la toxémie.

Hémorragies accidentelles.

Douleurs (cachées dans certains cas).
Utérus non relâché entre les contractions (caché dans certains cas).
Utérus sensible à la palpation (caché dans certains cas).
Hémorragies continues.
Présentation normale.

Jeannin nous donne quelques conseils pour faire ce diagnostic :

Les classiques défendent le toucher intra-cervical mais en réalité s'il y a hémorragie, elle sera minime et il n'y aura pas nécessairement contraction ni infection. Les signes généraux qui indiquent à coup sûr l'hémorragie feront souvent le diagnostic. La femme est inondée de sang, le pouls misérable, elle est exsangue et pâle. Pourrons-nous préciser encore si l'insertion est centrale ou latérale ? Latérale elle saigne pendant les 2 ou 3 derniers mois de la grossesse parce que le placenta est en plein sur le segment inférieur, partie qui s'amplifie le plus. Centrale elle saigne surtout à la fin de la grossesse et pendant le travail. En effet le segment inférieur a de longues portions pour se développer sans toucher le placenta.

Prévoir le placenta prævia avec certitude est, nous l'avons vu, souvent difficile, quelquefois impossible et nous ne le ferons dans certains cas que par ses accidents.

COMMENT LES TRAITER

« L'Insertion vicieuse a été de tous les} temps et sera de tous les temps, sans qu'on y puisse rien... Pas un } progrès dans sa fréquence n'a pu être réalisé et ne pourra jamais être réalisé. »

C. JEANNIN.

A priori on ne peut songer à agir en quoi que ce soit sur le mécanisme du placenta prævia. De là tous les essais des obstétriciens anciens et modernes qui sont restés plus ou moins stériles puisque la formation physiologique indispensable du segment inférieur est en cause.

Mais actuellement c'est le segment inférieur lui-même qu'on a voulu supprimer en intervenant chirurgicalement pour arrêter son ampliation.

Cependant la méthode chirurgicale n'est pas sans danger. Dans les cas bénins ou peu graves on n'a pas osé prendre l'intervention sanglante et les procédés obstétricaux ont gardé une certaine faveur.

I. — PROCÉDÉS OBSTÉTRICAUX

A. — Certaines sont déplorables.

1^o Méthode de Simpson.

Autrefois peu employée en France et à peu près abandonnée aujourd'hui, elle donne pour la mère un résultat médiocre sinon franchement mauvais et est souvent fatale pour l'enfant. En effet, après cette intervention, l'utérus reste béant, l'hémorragie continue et peut devenir mortelle. Tandis que le placenta arraché l'enfant meurt d'asphyxie.

OBSERVATION 12.

Mme R... Juliette, IV-pare de 27 ans, est admise à la salle de travail le 19 mars 1930 pour hémorragies.

Dernières règles le 28 juillet.

Grossesse de 8 mois environ, tête mobile. Auscultation positive. La dilatation de petite paume environ permet de sentir partout du placenta. La femme est dans un état si grave qu'on n'ose pas lui faire courir le risque d'une hystérectomie. Manœuvre de Simpson. Décollement du placenta. Extraction après version d'une fille vivante pesant 2.490 gr., ranimée après 10 minutes de soins.

Placenta 550 gr.

La femme présente un état de shock de plus en plus accentué. Sérum de Normet intraveineux. La femme ne saigne plus et ne semble pas avoir beaucoup perdu. Elle est plus shôckée que saignée.

Décès de la femme 30 minutes après l'opération.

2^o *Tamponnement vaginal.*

Méthode originalement française est une méthode aveugle. Elle masque l'hémorragie et peut provoquer l'infection. Elle n'a de raison d'être que comme moyen palliatif et de dernière ressource.

B. — D'autres sont admissibles.

Ce sont des méthodes dont le principe est juste et dont le résultat demeure incertain.

1^o *La rupture large des membranes.*

Le premier, Pinard, a décrit le tiraillement des membranes comme cause d'hémorragie du placenta prævia, mais avant lui Mauriceau et Portal pratiquaient déjà la rupture artificielle des membranes. (Nous en relatons un cas dans notre observation 4.) Cette méthode réussit souvent, mais dans les cas graves elle ne sera que le premier temps d'une intervention obstétricale plus complète. Cependant on aura intérêt à conserver les membranes intactes si on doit par la suite intervenir chirurgicalement. D'autre part en cas de placenta central la méthode est inapplicable.

2^o *Ballon de Champetier de Ribes.*

Son action est double : comprime le placenta, accélère la dilatation ; mais s'il a des succès remar-

quables on peut lui faire des reproches (voir observation 5).

- a) Il crève. C'est une question de meilleure fabrication.
- b) S'il est trop gros il déplace le fœtus, s'il est trop petit il ne sert à rien.
- c) En traversant le vagin, il transporte des germes.
- d) Il peut comprimer le cordon, surtout quand celui-ci est inséré bas.
- e) Dans les cas de placenta central, cas les moins fréquents mais les plus graves, il est impossible à placer.

3^o *Méthode de Braxton-Hicks.*

Si elle est parfaite pour la femme, elle présente deux inconvénients :

a) Elle ne peut se pratiquer que si le cœl est suffisamment dilaté pour permettre de passer la main, ce qui est facile chez les multipares. Or, c'est chez les primipares au col moins souple que l'intervention est la plus urgente ;

b) Elle entraîne presque fatalement la mort du fœtus.

C'est pourquoi cette méthode est tombée presque en désuétude. Cependant nous en avons relaté un cas dans notre observation 4.

4° *La dilatation forcée.*

Autrefois instrumentale on la réalise aujourd'hui avec plus de douceur par la méthode digitale. Tout dernièrement Delmas de Montpellier a mis d'actualité la dilatation forcée sous rachi. La dilatation métallique offrait de graves dangers de rupture utérine. Ils sont moins fréquents avec la dilatation manuelle, et Delmas avec sa dilatation artificielle sous-rachi a cru pouvoir dire dans la thèse de Bouchara « qu'il ne craignait plus le placenta prævia ». Sans vouloir méconnaître les heureux résultats de cette méthode entre des mains expérimentées, il ne semble pas qu'elle puisse être jamais le traitement de choix de l'insertion vicieuse, car elle ne s'attaque pas à la cause essentielle du placenta prævia : l'ampliation du segment inférieur.

5° *La mètreuryse.*

Pensant éviter la mort de l'enfant, Kurtener remplace le tamponnement par le siège de l'enfant par le mètreurynter ou colpeurynter intra-utérin. Cette méthode consiste à introduire un ballon de Champetier muni d'un long tuyau auquel on attache un poids de 1 kgr. On obtient ainsi une compression du placenta et d'autre part une dilatation progressive du col. Dans la plupart des cas après expulsion du mètreurynter il y a hémorragie du placenta qu'on jugule par la version. Par cette

méthode on réduit à 15 ou 20 % la mortalité fœtale.

II. — PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

1° La césarienne vaginale.

A la fois obstétricale et chirurgicale présente l'intérêt d'être simple et d'évacuer immédiatement l'utérus. Mais l'incision se faisant dans une région très mince et très vasculaire nous aurons de grandes chances d'hémorragie abondante et d'autre part de gros risques de propagation de la déchirure du segment inférieur. On ne la pratiquera donc que dans les insertions latérales et quand le fœtus sera de petit volume.

OBSERVATION 13.

Mme M... Rosa, III-pare de 34 ans.

Deux enfants vivants bien portants

Grossesse actuelle : dernières règles le 28 juillet.

Elle est admise à la salle de travail le 1^{er} mai 1926 pour hémorragie très abondante. La présentation est haute et mobile, la dilatation de 5 francs.

L'hémorragie continue de plus en plus inquiétante, commandant l'intervention.

Césarienne vaginale. Extraction après version d'une fille pesant 3.250 gr.

Délivrance artificielle immédiate.

Le femme ne saigne plus, mais le poulx est petit, très rapide, les extrémités sont froides.

Sérum intraveineux, huile camphrée. Le shock persiste. Transfusion. La femme meurt une heure après l'intervention.

OBSERVATION 14.

Mme A... Victoire, IV-pare de 27 ans, entre au dortoir le 24 janvier 1928, au 7^e mois de sa grossesse pour pertes sanguines.

4 grossesses normales avec enfants vivants.

Grossesse actuelle : dernières règles le 12 juin.

Jusqu'au 14 février la femme présente, à de très nombreuses reprises, des hémorragies plus ou moins abondantes. A cette date elle entre en travail et perd très abondamment. L'enfant est vivant. La grossesse au 8^e mois environ. La dilatation de 5 francs permet de sentir le placenta qui s'insère à droite et en arrière : c'est un placenta centro-partiel.

On fait une césarienne vaginale.

Extraction d'un enfant vivant pesant 2.720 gr.

Placenta : 440 gr.

Suites normales.

2^o La césarienne haute.

Méthode excellente, elle peut se pratiquer avant le travail où l'état général de la femme est bon et où il n'y a pas d'infection. Elle réalise intégralement l'idéal de la thérapeutique du placenta prævia: empêcher la formation du segment inférieur. Cependant, elle présente quelques dangers car une laparotomie est toujours shockante et fait saigner. De plus, faire une césarienne haute pendant le travail sera souvent ouvrir le péritoine chez une infectée.

OBSERVATION 15

Mme P... Madeleine, V-pare, de 41 ans, entre au dortoir le 3 février 1927 pour hémorragies.

Quatre grossesses normales.

Grossesse actuelle : dernières règles le 20 mai.

Le 11 décembre la femme perd subitement et sans cause apparente une grande quantité de sang rouge, liquide, avec de gros caillots. Elle garde le repos complet pendant 3 semaines.

L'hémorragie reprend brusquement le 31 janvier.

A l'examen d'entrée : tête en bas mobile ; col très mou, dilatable comme 1 franc. Auscultation positive.

Le 5 février, la femme perd de nouveau abondamment. Elle est très pâle. Le pouls est petit.

A l'examen : présentation très élevée. Segment inférieur très mal formé. Col non effacé, dilatable comme 2 francs. On sent des membranes extrêmement rugueuses.

Il s'agit donc vraisemblablement d'un placenta marginal, mais l'abondance de l'hémorragie commande l'intervention.

Au cours de son transport à la salle d'opération la femme fait une syncope et perd toujours abondamment. Son état est de plus en plus grave. On fait une césarienne corporéale.

Extraction d'une fille vivante pesant 2,450 gr.

Le placenta est inséré sur la face antérieure du segment inférieur. On n'arrive pas à l'extraire en raison d'adhérences inter-utéro-placentaires extrêmement serrées. On fait une hystérectomie subtotale.

Suites normales.

3^o La césarienne basse.

Possède les mêmes avantages que la césarienne haute et a sur elle celui de pouvoir se pratiquer même après l'ouverture de l'œuf. Elle se déroule dans une zone qui sera après cela recouverte de péritoine de telle sorte qu'elle sera comme extériorisée de l'abdomen.

OBSERVATION 16.

Mme M... Augustine, primipare de 29 ans, est admise à la salle de travail le 17 septembre 1931 pour hémorragies. Dernières règles le 9 décembre.

Rien à signaler dans les antécédents personnels et héréditaires.

La grossesse a été parfaitement normale jusqu'au septième mois.

La femme présente alors une hémorragie qui la force à garder le lit une huitaine de jours.

A partir de ce moment les hémorragies réapparaissent toutes les trois semaines environ, mais restent insignifiantes.

Le 17 septembre, la femme est amenée à l'hôpital perdant assez abondamment depuis 48 heures.

L'état général est cependant excellent : le facies coloré, le pouls régulier et bien frappé.

A l'examen : grossesse à terme ; tête en bas très mobile, auscultation positive.

Au toucher, dilatation 1 franc, on tombe sur la masse placentaire. Le doigt n'atteint en aucun point les membranes.

Il s'agit donc d'un placenta central, et on décide l'intervention par voie haute.

Césarienne supra symphysaire. On tombe sur le placenta qui s'insère en avant et en bas. Mais aucune hémorragie à l'intervention.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3.000 gr.

Placenta 470 gr.

Suites opératoires excellentes. La mère et l'enfant sortent trois semaines après en parfait état.

4^o Hystérectomie.

L'hystérectomie présente des indications limitées à des infections graves et à des hémorragies incoercibles. On ne la pratique que la main forcée.

OBSERVATION 17.

Mme L... Léonie, IV-pare, de 36 ans, est admise au dortoir le 12 décembre 1929 pour pertes sanguines.

Elle a trois enfants vivants, bien portants.

Dernières règles en mars.

Le 7 décembre, hémorragie de sang rouge liquide avec de gros caillots.

Le 12 décembre, nouvelle hémorragie très abondante.

A l'examen : grossesse de 8 mois 1/2, fœtus en transverse, auscultation positive. Jusqu'au 27 décembre les hémorragies se succèdent sans presque d'interruption. La malade se plaint de vertiges et d'étourdissements. Numération globulaire : 3.000.000 de globules rouges.

Le 27 décembre, nouvelle hémorragie qui, survenant chez cette femme déjà anémiée, indique de toute urgence l'intervention.

Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie.

Garçon vivant pesant 3.150 gr.

Placenta 750 gr.

La femme quitte le service en bon état le 23 janvier.

L'enfant est décédé au 12^e jour.

5^o Césarienne de Portes.

Pour éviter l'hystérectomie, Portes a décrit une méthode où après la césarienne on laisse l'utérus, extériorisé sur l'abdomen jusqu'à disparition de l'infection. On pourra l'employer dans des cas exceptionnels.

III. — AUTRES THÉRAPEUTIQUES

Comme adjuvant des procédés obstétricaux et chirurgicaux on utilisera *certaines moyens thérapeutiques* pour lutter soit contre le shock, soit contre l'hémorragie : huile camphrée, caféine, sérum salé, insuline contre l'acidose, etc...

Nous ne ferons que signaler un traitement qu'on a préconisé comme prophylaxie de l'hémorragie du placenta prævia : *l'injection de sérum salé sous le sein*. Solomons dit n'avoir perdu aucune femme grâce à ce procédé. La technique en est simple et elle doit être la partie essentielle du traitement pendant la période de diagnostic.

Mais le triomphe de la thérapeutique dans les accidents du placenta prævia est la *transfusion*. On

la pratiquera soit avant les interventions, soit pendant, soit après. Son action sera triple, elle luttera contre le shock, contre l'hémorragie et contre l'anémie. Nous l'emploierons largement car nous lui devons déjà d'heureux résultats dans les cas les plus désespérés (voir observation 9).

Dans d'autres cas la transfusion de sang de malades guéris (*immuno-transfusion*) a pu nous donner des guérisons dans de graves septicémies. Enfin il n'est pas jusqu'à l'enfant qui n'en ait bénéficié : *transfusion du sang de la mère au prématuré*.

On dit souvent que la variété et le nombre des thérapeutiques prouvent l'impuissance de toutes, pour le placenta prævia, nous ne le croyons pas. Les méthodes obstétricales à elles seules peuvent arrêter l'hémorragie, comme la césarienne et la transfusion faites judicieusement peuvent sauver la mère et l'enfant.

CONCLUSIONS

La fréquence et la gravité des hémorragies font du placenta-prævia une des affections les plus redoutables qu'on puisse rencontrer en obstétrique.

Son pronostic est d'autant plus intéressant à étudier que contrairement à certains autres accidents tels que l'éclampsie. La fréquence reste et restera sans doute toujours la même.

Pronostic maternel.

Ce pronostic bien que très grave encore à cause de l'intensité et de la soudaineté des accidents a été complètement transformé par l'introduction dans le traitement du placenta prævia de deux méthodes dont l'association donne journellement les résultats les plus satisfaisants.

1^o L'intervention par voie haute :

- a) la césarienne indiquée dans tous les cas de placenta central dès que le diagnostic en est posé — cas dont le pronostic était autrefois le plus redoutable — ainsi que dans les cas de placenta latéral chaque fois que l'intensité de l'hémorragie semble menacer la vie de la femme.
- b) l'hystérectomie indiquée chaque fois que l'état de la femme nécessite de juguler l'hémorragie d'une façon définitive, chaque fois que la femme présente des signes d'infection ou est particulièrement exposée à en présenter.

2^o La transfusion sanguine, aujourd'hui entrée dans la pratique courante, et qui est un adjuvant incomparable des autres méthodes :

- soit pour permettre à la femme de supporter une intervention obstétricale ou chirurgicale dont elle n'aurait pu autrement faire les frais ;
- soit pour sauver la femme du shock ou de l'anémie qui emportent le plus grand nombre d'entre elles ;
- soit pour lutter contre les accidents d'infection (immuno-transfusion) toujours à redouter en cas de placenta prævia.

Pronostic foetal.

Plus encore que le pronostic maternel le pronostic foetal quoique toujours très mauvais a été amélioré par l'introduction du traitement par voie haute en cas de placenta prævia, la césarienne se faisant aujourd'hui dans les cas de placenta central, cas qui autrefois ne pouvaient guère se terminer que par la mort du fœtus.

Vu : le Président de la thèse,
JEANNIN.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN (E. P.). — Placenta prævia. *Southern Med. J.*, octobre 1926.
- AMMON (ERNST. V.). — Zur therapie der placenta prævia. *In Deut. med. Woch.*, n° 50 du 13 novembre 1929.
- Die mortalität der vaginalen und abdominovenen Entbindungs methoden bei placenta prævia. *Zeitschrift für geburtsbulf und gynäkologie*, t. XCVII, n° 2, 28 mars 1930.
- AUDEBERT. — Les tumeurs prævia. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, juin 1931, n° 6.
- AUDEBERT, ESTIENNY et GUILHEM. — Placenta prævia et rachianesthésie. *Ser. obst. et g. Tarlane*, février 1930.
- AUDUNEAU. — Etude sur l'obstétrique pendant le Moyen-Age et la Renaissance
- AVELLA (G.). — Formes et dimensions du placenta prævia. *Archiv. di. obst. e gim.*, n° 12, octobre 1926.
- AYMERICH (G.). — Emorragia da rottura di varice della vagina simulante un emorragia de placenta prævia centrale. *Clin. obstetrica. Roma*, 1925.
- BACIALLI (L.). — Ancora sulla gravidanza cervicale. *Riv. italiana di gineco*, vol. VI, septembre 1927.
- BAISH (Karl) (Stuttgart). — Le traitement du placenta

prævia. *Revista argentina de obstetricia y ginecologia*, janv. fév. 1924.

BALARD. — Traitement du placenta prævia. *La Puériculture*, fév. 1930.

— Sur un cas de placenta prævia central traité avec succès par les méthodes obstétricales. *Gaz. hebd. Sc. med. B.* 29, novembre 1925.

— La place de la césarienne basse dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia. *Rev. Franç. de Gyn. et Obs.*, n° 2, p. 110, 1930.

BALLHORN. — Traitement du placenta prævia. *Archiv. f. gyn.*, 14 mars 1925.

BARBENTI-SILVA. — Su di un caso di utero bicorni unicolle con placenta prævia econ 8 granidanze a termine in resenatazione cefalica. *La Rassegna d'Obst. gin.*, 1930, n° 1, janvier.

BARNEY (W.). — Placenta prævia et décollement du placenta. *Ohio state med. J.*, 1^{er} novembre 1925.

BARRIS. — Diagnostic et traitement du placenta prævia. *Brit. med. J.*, 2 octobre 1926.

BATLE (R.). — A propos du placenta prævia, symptômes, diagnostic et traitement. Etude critique. *Montpellier médical*, 15 juin 1932, t. II.

BEGGIOTO-UGO. — Il foglio cesareo nella placenta prævia. *La clinica ostetrico. An.*, 32, n° 1. Gennaio 1930, VIII, p. 8-18.

BICHARA. — Le procédé du professeur Paul Delmas dans le placenta prævia. *Then. Marduellier*, 1929-1930.

BILL (Arthur H.) et CLEVELAND. — The treatment of placenta prævia by prophylactic blood transfusion and cesarean section. *Amer. Journ. of Obst. and gynecol.*, octobre 1927, n° 4, vol. XIV.

- BOQUEL — Sur les conditions actuelles du traitement du placenta prævia. *Science médicale pratique*, n° 15 du 15 décembre 1928.
- BORCEA. — Traitement obstétrical du placenta prævia. *Gynecologia si obstetrica*, juillet 1931.
- BOURSIER et LAPORTE. — Placenta prævia central traité par l'opération césarienne. *Ser. obst. et gyn. Bordeaux*.
- BOUTKOWSKY. — Contribution à l'étude du traitement du placenta prævia. *Gyn. i Kind.*, 1925, n° 76.
- BOYER. — Etude statistique et critique sur les hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. Thèse Paris, 1932.
- BRANDT (Kr.). — Behandlungen au placenta prævia ved kvinneklinikken i Oslo, 1907-1927. *Norsk Magasin fer Løgevidenskopen*, n° 3, mars 1929, p. 265.
- Bemerkninger angaaende shock ved placenta prævia. *Norsk magasin fer Løgevidenskopen*, n° 3, mars 1929, p. 282.
- BRÉMOND (E.). — Quatre cas de placenta prævia traités par évacuation extemporanée. *Bull. ser. d'obst. et de gyn.*, 19, 565-567, octobre 1930.
- BRIDE. — Hémorragie de la grossesse, du travail et de la puerpéralité. *Brist. Med. J.*, 19 décembre 1925.
- BRINDEAU-BAILLIS. — Placenta prævia traité par la méthode de Delmas. *Ser. d'ob. et de gyn.* Paris, 7 avril 1930.
- BRODHEAD. — Placenta prævia étudié dans 165 cas. *Ser. gyn. et obs.*, 1927, t. XLIV.
- BROWN (F. S.). — Hémorragie cachée avec placenta prævia. *Edimb. obst. Ser.*, 25-26, XXV.
- BURGER. — Contracture de l'orifice interne de l'utérus et placenta prævia. *Médecine d'Alsace et de Lorraine*, 1^{er} sept. 1925.

- BURGEOS. — Hémorragies dans les trois derniers mois de la grossesse. *A. J. O. G.*, juillet 1925.
- CARCELLER (Mariano-Vincent). — Hemorragias y gestacion. *Clinica y laboratorio*, n° 53, mai 1927.
- CARTBY (T. M.). — Placenta prævia dans quatre gestations successives. *Brit. med. J.*, 10 décembre 1927.
- CASTIGLIONI. — Histoire de la médecine.
- CERQUA. — Un caso di placenta prævia complicato un inerzia uterina post-partum. Isterectomia vaginale. *Policlinico*, 842-843, June 9, 1930.
- CLEVELAND. — The treatment of placenta prævia by prophylactic blood. Transfusion and cesarean section. *Am. Journ. of obst. and gyn.*, octobre 1927, n° 4, p. 523.
- COHEN-DELOORO. — La dilatation du col de l'utérus sous rachi. Thèse Paris, 1932.
- COLL DE CARRERO. — Le traitement obstétrical du placenta prævia. *La Gazette d'accouchements de Montpellier*, n° 1, 1^{er} janvier 1930.
- COLL DE CARRERO. — Quinze observations sur la méthode de Delmas. *Congrès de Gyn. et Obs. de langue française Bruxelles*, 3-4-5 octobre 1929.
- CONRAD. — Traitement du placenta prævia. *Z. F. G.*, janv. 1925, p. 275.
- COSTA y LANDA. — Le placenta prævia. *Bull. S. Obs. y. Gyn. Buenos Aires*, 2 octobre 1925.
- COSTEDOAT, LAMARQUE et GOTTY. — Sur un cas de placenta prævia central traité par la méthode de Delmas ; mort. *Ser. Obs. of Bordeaux*, juillet 1930.
- COUINAUD. — Conduite à tenir dans le placenta prævia. *Sciences méd.*, 1926, p. 8.
- Conduite à tenir dans le placenta prævia. *La Consultation*, mars 1925.

- COUVELAIRE (R.). — Traitement des hémorragies par insertion du placenta prævia sur le segment inférieur. *Pratique médicale française*, déc. 1934.
- CUNNINGHAM (A. S.). — Prévention et traitement des hémorragies placentaires à la maison. *Med. T. of Australia*, 18 mai 1929.
- CUZZI. — Traité d'Obstétrique (Milan). *G. F. introduction*.
- DALEAS ES GALLY GASPAROU. — Placenta central traité par la méthode de Simpson. *Ser. d'Obs. et Gyn. de Toulouse*, 19 nov. 1925.
- DALEAS. — Réflexion à propos du placenta prævia. *Ser. obs. et gyn. Toulouse*, nov. 1928.
- DARTIGUES. — Quatre cas de césarienne basse pour placenta prævia au cours du travail. *Serv. des chirurgiens de Paris*, 17 février 1928.
- DAWE. — Choc obstétrical après placenta prævia. *Bruzelles médical*, 1927, p. 224.
- DECIO (G.). — Placenta prævia central chez une femme éclamptique. *La Clinica obstetrica*, mai 1928.
- DELANOË. — A propos d'un cas de placenta prævia ayant déterminé une fausse couche. *Maroc médical*, 15 juin 1926.
- DELMAS (Paul). — Placenta prævia central. *Réunion obst. et gyn. de Montpellier*, séance du 13 juillet 1931.
- DEL VINO et CORIVALDESI. — Développement de l'œuf et phénomènes chimiques du placenta prævia. *Rev. Ital. Gin.*, 1^{er} février 1929.
- DESNOYERS. — Hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur. *Cours de perfectionnement*, 1928. Clinique Baudelocque.
- DESOURBRY. — Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta prævia. Thèse Paris, 1925.

- La césarienne dans le traitement du placenta prævia. *Leçons du jeudi soir à la clinique Turnier*, 1929, XI.
- DEUTSCHEMANN. — Placenta prævia dans des gestations successives.
- DURLACHER. — Sur la question du placenta prævia cervical. Diagnostic et traitement. *Munchener medizinische wochenschrift*, Munich., t. LXXVII, n° 10, 7 mars 1930.
- DUVILLER et CAMBIER. — Placenta prævia et opération césarienne conservatrice. *Bul. S. O. G.*, 1925, n° 9.
- EDDÉ. — L'intervention hâtive dans le traitement du placenta [prævia. *Presse méd d'Egypte*, 1^{er} déc. 1934.
- ESTIENNE (Charles). — De dissertatione partrum corporis humani librites a corolo Stéphanio. Doctore medico editi una cum figurio et incisiorum declarationibus, a Stephano Riviero chirurgo compositis. Paris apud Sim. Colinaeum, 1545.
- FAUGÈRES. — Hémorragie tardive du post-partum chez une femme ayant présenté une hémorragie due à une insertion basse du placenta marginal traitée par évacuation utérine sous rachianesthésie. *Ser. obs. et g. B.*, mai 1930.
- FÈBRES. — Du traitement du placenta prævia proprement dit par césarienne vaginale. *Bull. S. O. G.*, n° 10, 1925.
- FILIPPI. — Traitement du placenta prævia à la clinique d'accouchement de Bordeaux. Thèse Bordeaux, 1925.
- GARIPUY (R.). — Césarienne du segment inférieur pour placenta prævia. *Ser. obs. G. Toulouse*, mai 1929.

- GAUTREL (E.). — La place de l'hystérectomie dans le traitement du placenta prævia. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 30 sept. 1931, n° 25, p. 807.
- GAUTRELET et WEYSSIÈRES. — A propos de trois cas de placenta prævia central. *Ser. d'Obs. et Gyn. de Bordeaux*, 21 fév. 1928.
- GINGLINGER (A.) et TASSOVATZ (S.). — Contribution à l'étude du placenta prævia. *Revue Française de Gyn.*, n° 6, juin 1929, p. 362.
- La césarienne basse dans le traitement du placenta prævia. *S. obs. et Gyn. de Strasbourg*, janvier 1929.
- GOULART CLAUDIO. — Placenta baix marginal prevaturo falso debril de 6 para 7 mezes pesando 500 gr. vionel *Rev. de Gyn. et Obs.*, avril 1929, n° 4.
- GREENHILL (J. P.). — Le traitement actuel du placenta prævia. *Surg. Gyn. Obs.*, janvier 1930.
- GUIRAUDEN (T.). — Rachi-anesthésie du placenta prævia. *Bull. soc. obs. gyn.*, 17, 626-629, July 1928.
- GUÉRIN VALMALLE et VERDEUIL. — A propos du procédé de Delmas dans le placenta prævia. *Revue d'obs. et gyn. de Montpellier*, 25 juillet 1929.
- HAUCH (E.). — Conservative treatment of placenta prævia. *Acta. Obs. et Gyn. Scandinave*, 12, 6-8, 1932.
- HÉBERT (Jean). — Quelques notions nouvelles sur la thérapeutique du placenta prævia. *La science médicale pratique*, 7^e année, n° 5, 1^{er} octobre 1932.
- HEIM (K.). — Was muss der praktisme Argtwen der Behandlung der placenta prævia-wissen? *Prakt. Artz*, 17; 35-40; 20 janvier 1932.
- HEURIET (P.). — Le traitement du placenta prævia par

- l'évacuation extemporanée de l'utérus. *Gaz. ka-pil.*, n° 71, septembre 1930, p. 1263.
- HENSIKVEID. — Hémorragie pendant la gestation. *Colorado Med.*, juin 1931, p. 242.
- HIPPOCRATE. — Aphorismes. Liv. V, verset 60.
- HIRSCHMANN. — Les hémorragies durant la gestation. Thèse de Francfort, 1925.
- HJECT. — Les placentas prævia à la maternité d'Helsingfors de 1910 à 1924. *Finska lak Haudl*, mars 1925.
- HOFFMANN (W. E.). — Placenta prævia. *West Virginia med. J.*, avril 1931, p. 153.
- HONEL et JAHIER. — A propos de trois cas de placenta prævia traités selon Simpson. *Ser. obst. et gyn. d'Alger*, 14 février 1925.
- ILRORJ. — Placenta prævia. *Med. J. and Rev.*, 6 octobre 1926 et 20 oct. 1927.
- IRWIG. — Problèmes sur le placenta prævia. *Surg. gyn. et obst.*, 1927, XLV.
- Placenta prævia. *Ser. gy. obst.*, décembre 1927.
- JAVNOZON (J.). — Placenta prævia et rachi-anesthésie. Thèse Paris, 1931.
- JEANNIN (C.). — Traitement de l'insertion vicieuse du placenta. *Paris médical*, 1911-1912, p. 407-413.
- Comment on doit traiter actuellement le placenta prævia. *Journal des Accouch.*, juin 1931, n° 6, 10^e année.
- JEANNIN (C.). — Thérapeutique obstétricale.
- Le placenta prævia. *Concours médical*, 1924, p. 2995.
- JOLKIN. — Ein fall ven Cervixschwangerschaft. *Zent für Gyn.*, n° 48, nov. 1926.

- KELLER. — Placenta zenaria. *Ser. Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 3 décembre 1927.
- KELLOG. — Observations on a short series of placenta prævia patient debinered by abdominal cesarean section at the Boston Lijing in Hospital. *Amer. J. of Obst. et Gyn.*, vol. XX, n° 5, vas 1930, p. 643.
- KERWIN (William). — Ligation of uterine arteries for control of hemorrhage in placenta prævia. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, août 1925, n° 2, p. 189.
- KESSLER (Rob.). — Die Therapie der placento prævia monatssduift für gebruitshülfe und gynakologie, t. LXXXVI, n° 3, oct. 1930.
- KOWALSKY (B). — Procédé thérapeutique en cas de placenta prævia. *Gyn. Bloka*, avril-mai juin 1929.
- KRAUL (L.). — A propos du placenta prævia. *Wiener medlizinische wochenschrift*, 1927, n° 29.
- KREISS. — Deux observations de placenta prævia reflexa pendant l'accouchement. *Obst. et Gyn.*, 18, p. 136.
- KREISS. — Placenta prævia reflexa de Hofmeyer (*Ser. Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 3 novembre 1927).
- LANTUÉJOL. — Ce que l'on doit entendre par segment inférieur de l'utérus. *Leçon du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 1928, II.
- LEDoux (L.-A.). — Traitement chirurgical et non chirurgical du placenta prævia. *New-York med. and S. J.*, janvier 1927.
- LEUGFELD. — Traitement du placenta prævia. *Z. f. G.*, 1925, p. 287.
- LEOD (P. A.) — Traitement du placenta prævia. *Canadian Med. An. J.*, 1931, p. 508).
- LEQUEUX (M.). — Existe-t-il un traitement chirurgical du placenta prævia. *Leçon clinique Tarnier*, 1924.

- LE RASLE. — Hémorragies graves de la grossesse et du travail par placenta prævia. *L'Année méd.*, août 1927.
- LEVEJ (G.). — A propos d'un cas de placenta bilolié recouvrant le segment inférieur. *Bull. ser. Obs. et Gyn.*, 17 : 662 July 1928.
- LIMA. — Placenta prævia central et fibrome utérin. *Rev. gyn. et obst. Brazil*, août 1925.
- Césarienne vaginale. *Ser. obst. et gyn.*, Paris, 4 déc. 1925.
- LORK. — Traitement contemporain du placenta prævia central. *C. R. un Zent. F. gyn.*, n° 47, 1927.
- LUCAS. — Placenta prævia. *New-Orléans M. and S. J.*, mars 1929.
- LUPESCU-JEANIN. — Le placenta marginé. *Rencita d'obstetrica gyn. puericultura*, mai-juin 1926.
- MAGID (M. I.). — Ueber den verblutimgstod bei fruhen abuten und placenta prævia cervicolis. *Zentralbl. f. gyn.*, 53, 871-874, 6 avril 1929.
- MAGOS. — Césarienne supra-symphysaire dans le traitement du placenta prævia. *Ser. Belge de gyn. et d'Obst.*, séance du 2 mai 1931.
- La césarienne supra-symphysaire dans le traitement du placenta prævia. *Bruzelles médical*, II, 1121-1126, 19 July 1931.
- MARION. — Insertion vicieuse du placenta dans un utérus malformé. *L'Union médicale du Canada*, t. LVIII, décembre 1929, n° 12, p. 735-755.
- MARION (D.). — Insertion vicieuse du placenta prævia dans un utérus malformé. *Union med. du Canada* janv. 1930.
- MARKOWA (Mme). — Le traitement du placenta prævia, *Norving Le Kurskie*, 1^{er} oct. 1928,

- MARTIN. — Placenta prævia et incision du vagin. *Monatschrift für gelyund gyn.*, vol. LXXVIII, cahier, 1-2 janvier 1928.
- MASKOWITZ (H. L.). — Analysis of 158 cases of placenta prævia. *In J. Obs. et Gyn.*, 23, 501-511, avril 1932.
- MATHIEU. — Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta prævia et de son traitement. *Thèse Nancy*, 1927.
- MILLER (C.). — Traitement du placenta prævia. *New. Orleans med. Ser. J.*, mars 1925.
- MINOSO. — Placenta prævia et transfusion. *Rev. med Cubana*, août 1925.
- MOLLER (Elis Essen). — Save points of view ar the vaginol ceaseren se Kar in case of placenta prævia. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, vol. XI, 1^{er} fév. 1931.
- MONTAGNE (J.). — Six nouveaux cas de placenta prævia traités par évacuation extemporanée sous-rachianesthésie. *Bul. Soc. Obst. et Gyn.*, 20, 329-336, May 1931.
- DE MORAES (A). — Abruptoo-placentae. *Revista de Gynecologia et d'Obstetrica*, n° 8, Agosto de 1929, n° 313.
- MULLER (H.). — Hémorragies de la gestation. *Atlantic med.*, février 1925.
- MUNZENBERGER (J.). — Cas d'hystérectomie pour placenta prævia faites au cours du travail, *Ser. Obst. et Gyn.*, Strasbourg, déc. 1929.
- NIJHOFF. — Placenta prævia. *Nederland tigdsk v. genceskunde*, 12 mai 1928.
- NOWAK (J.). — Traitement de l'insertion basse du placenta. *Gén. Polska*, avril-mai-juin 1929.
- NUNES (G.-F). — Placenta prævia et infection ovulaire. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, n° 8, 1926.

- NÜRNBERGER. — Placenta prævia sans hémorragie. *Gessel. F. gel. und gyn.*, Leipzig, 1931.
- OHNESORGE. — Etude de la diathèse hémorragique au point de vue complication de l'accouchement. *Z. F. G.*, février 1925, n° 349.
- PAUCOT (H.). — Placenta prævia. *Soc. obst. et gyn. de Lille*, 23 févr. 1926.
- PENSA (P.). — Sur la pathogénie du placenta prævia. *Annali di ostet. e gin.*, août 1927.
- DE PERRETI DE LA ROCA. — Placenta prævia colibacillary septicemica following hysterectomy for hemorrhagic case. *Bull. d'obst. et de gyn.*, 18, 325-327; mai 1929.
- Césarienne pour placenta prævia marginal. *Ser. obst. et gyn.*, Paris, 13 mars 1929.
- PESTALOZZA (E.). — Errore diagnostico in terra di Placenta prævia. *La clinica ostet.*, n° 1, Gennaio 1929, p. 24.
- PETERS. — Traitement du placenta prævia. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 3, 17 janv. 1929.
- PHILLIPP (E.). — Die menschliche gürtel placenta und ihre Entstehung. *Zentralblatt für gyn.*, t. LIV, n° 17, 26 avril 1930.
- PICARD. — Placenta prævia avec hémorragies graves. *Bul. soc. obst. et gyn.*, n° 9, 1925.
- PLACET (E.). — L'obstétrique au xvi^e et au xviii^e siècle. *Observation de Portal*, p. 125, 126, 127, 128.
- PORTES (L.). — Pratique médico-chirurgicale, t. VI. *Placenta. Insertion vicieuse*.
- PUGO. — Traitement du placenta prævia. *Bol. Annal de la Clinica obst. Chili*, 1929, n° 37.

- PUJOL. — Deux observations de placenta prævia traités par hystérectomie. *Bul. S. O. G.*, n° 8, 1925.
- PUPPEL (E.). — Five fatal cases of placenta prævia. *Monatsch F.gebursh. a gypak.*, 85, 246-255, July 1930.
- QUEEN. — Hémorragies de la gestation. *Canadian med. Assoc. J.*, nov. 1927.
- RAMOS et Julio BASAN. — Le traitement du placenta prævia. *Gyn. et obst.*, 1927, p. 15.
- REMIGIO, BUSTOS, MORON. — Aglutination del orificio interno del cuello durante el trabajo et parto y placenta prævia. *Preusa Medica Argentina*, n° 26. Sebrero de 1929, p. 1135.
- REYNOLDS. — Placenta prævia la mortalité fatale qui en résulte. *Brit. M. J.*, mars 1929.
- RHEUTER (J.) et PIGEAUD (H.). — Contribution à l'étude des avortements provoqués par une insertion vicieuse du placenta. *Gyn. et Obst.*, 18, 464-470, déc. 1928.
- Placenta prævia, cause d'avortement. *Gyn. et Obst.*, 1927, p. 426.
- RIBALLO. — Placenta prævia en milieu rural. *La Med. Ibero-Madrid*, t. XIV, n° 643, 8 mars 1930, p. 302.
- RICHTER. — Quelle est la signification de l'hémorragie de la gestation ? *Wiencia Klin. Wochenschrift*, n° 8, fév. 1931, p. 265.
- ROBINSON. — Placenta prævia. *Texas State J. off. med.*, nov. 1927.
- RODRIGUEZ, LOPEZ. — Superposition de la sindromis placenta prævia y desincercion prematura de placenta nonvalmente insertodä. *Rev. méd. d'Uruguay*, 32, 353-357, octobre 1929.

- ROTTOLI. — L'épreuve de Sachs pour le diagnostic du placenta prævia. *Archiv. di Obst. e. gin.*, n° 11, novembre 1931.
- SAANEDRA (Alberto). — Inserção viciosa du placenta. Arango, édit., 1931.
- SAHLER. — Le traitement du placenta prævia. *W. K. W.*, n° 3, 17 j. 1929.
- SALAROLI (A.). — Contribution à l'hystérectomie précésarienne dans un cas de placenta prævia central. *La Clinica obstetrica*, mai 1928.
- SCEMEA (Jules). — Placenta prævia central à femme hémorragique traitée par la méthode de Delmas ; mère et enfant vivants. *La Tunisie médicale*, n° 5, mai 1929, p. 172.
- SCHNITZER. — Placenta prævia. *Z. F. G.*, 30 mai 1925, p. 204.
- SIEDENTOPF (H.). — Placenta prævia, penetrata, cine form der gürtal placenté. *Zen. F. Gyn.*, 56, 268-273, 30 janvier 1932.
- SIEGEL (I. A.). — Analysis of 150 cases of placenta prævia, *An. J. Obst. et gyn.* 22, 110-116, July 1931.
- SIEGEL. — Thérapeutique clinique du placenta prævia. *Monatschrift für geb und gyn.*, vol. LXXIII, avril 1926.
- SKAJAA (Kr.). — Placenta prævia og shock. *Norks magasin fer Loegenidenskapen*, n° 3, mars 1929, p. 274.
- SMITH (D. H.). — Placenta prævia. *Carolina med. An. J.*, fév. 1926.
- SOLOMOUS (B.). — Remarks on symptoms and diagnosis of placenta prævia with note of use of submammary salines. *Brit. M. J.*, 525-527, 21 sept. 1929.

- SOUZA (De). — Césarienne basse pour placenta prævia.
Rev. gyn. obst. Brazil, avril 1925.
- SOUZA (E.). — Traitement des hémorragies du placenta
prævia. *Revista espanola de obst. et gyn.*, n° 187,
juillet 1931, p. 567.
- STAAR. — Placenta prævia. *Kentucky M. J.*, août 1929.
- STEOPOE (V.). — Sur un cas de placenta prævia central
avec infection puerpérale ante-partum. *Revista
de Obstetrica ginecologie si puericultura*, janv.-
fév. 1927.
- STUX. — Falle ven zerwikaler Plazenta. Cas de placenta
cervical. *Monatschrift für und gynäkologic*,
t. LXXXVIII, nos 1-2, mai 1931.
- THIENKE (G.). — Zur Behandlung de placenta prævia. *Me-
natschrift für geburtshülfe und gyn.*, t. LXXXVII,
nos 1-2, fév. 1931.
- THURSTON (WELTEN). — Tratamiento de la placenta prævia.
Revista de Medicina, n° 26, sept. 1928, p. 316.
- Management of placenta prævia. *Long. Island Med.
Journ.*, february 1928, p. 78.
- TURENNE. — Traitement chirurgical des accidents de l'in-
sertion basse du placenta. *Gyn. et Obst.*, p. 289,
t. XXII, n° 4, oct. 1930.
- VAN CANWENBERGHE. — Rupture utérine et placenta prævia.
Bruxelles médical, n° 15, 10 fév. 1929, p. 426.
- VAUVERTS (J.). — Remarques concernant le traitement du
placenta prævia. *L'Echo médical du Nord*,
n° 589, 35^e année, 31 octobre 1931, n° 44.
- VARNER (H.). — Placenta prævia. *South western med.*,
août 1928.
- VERSINI. — Contribution à l'étude du traitement par voie

- haute dans les insertions vicieuses du placenta.
Thèse Paris, 1932.
- VÉSIAH (de) et SOLAL (R.). — Rachianesthésie et placenta prævia. *Bull. soc. d'obst. et gyn.*, 18; 36-38, janvier 1929.
- VIANA (O.). — Contribution à l'étude de l'opération césarienne abdominale dans le placenta prævia. *Union des Arts graphiques Cetta di Cartello*, 1924, 1 vol.
- VIGNES. — Anatomie pathologique du placenta et des membranes. *L'Année Obstétricale*, 1924, édition 1926, V, p. XXXVI.
- VOGES. — Tableau clinique de la position cervicale du placenta prævia. *Z. F. B.*, 18 oct. 1925, p. 896.
- WELTON. — Tratamiento de la placenta prævia. *La Clinica*, Julio 1928, p. 201.
- WILLIAMSON. — Traitement du placenta prævia. *New-York State J. Med.*, 1^{er} août 1929.
- WILLETT (D.) et OSCOM. — Traitement du placenta prævia par fractures curtinnes. *Proceed. Roy. Soc. of med.*, oct. 1925, n° 7.
- WIELONG (J.). — Beitrag zur therapie der placenta prævia. *Klinisch Wochenschrift*, t. IX, n° 36, 6 sept. 1930.
- WINKLER-RODOLATZ. — Contribution al estudio comparativo del tratamiendo obstetrico y quirurgico de la placenta prævia. *Socieda d'imprenta y lithographia Universo*, 1926.

